FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965. N° 378

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Serge GAGNE

né le 21 février 1933 à Colombier (Dordogne)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

FREQUENCE DES ASPECTS RADIOLOGIQUES ATYPIQUES DES ADENOMES BRONCHIQUES.

Président : M. Etienne BERNARD, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965. # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Serge GAGNE

né le 21 février 1933 à Colombier (Dordogne)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

FREQUENCE DES ASPECTS RADIOLOGIQUES ATYPIQUES DES ADENOMES BRONCHIQUES.

Président : M. Etienne BERNARD, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Laribolsière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A la mémoire de ma soeur

A ma femme

A mon fils

A mes amis

A Monsieur le Professeur CONTE

Médecin de l'Hôpital Saint Antoine

qui m'a toujours conseillé utilement
et aidé, qu'il trouve ici un faible
témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BRICAIRE

Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur TURPIN

Médecin des Hôpitaux

Au Docteur ISRAEL-ASSELAIN

Professeur au collège de Médecine,

Médecin des hôpitaux

qui m'a proposé le sujet de cette thèse.

Au Docteur Paul HERTZOG,

Chirurgien thoracique du Centre médico-chirurgical Foch

A Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

Professeur à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

Aux Docteurs,

Claude PERSONNE,

Chirurgien thoracique au centre médico-chirurgical Foch

et Jean CHEBAT

Pneumo-phtisiologue au centre Foch,

qui m'ont aidé et conseillé utilement.

En témoignage de ma reconnaissance.

INTRODUCTION ET LIMITES DU SUJET

Depuis les premières observations d'adénomes bronchiques qui datent de la fin du XIXème siècle et la diffusion de la bronchoscopie à partir de la première guerre mondiale grâce à Chevalier-Jackson, les adénomes bronchiques ont rapidement été individualisés, et leur syndrome radio-clinique est identifié à celui d'une obstruction bronchique progressive.

L'intérêt pour ces tumeurs s'est d'abord concentré sur leur aspect endoscopique et sur leurs diversités histologiques. Actuellement, l'accord paraît être fait sur leur classification anatomique.

Les possibilités de traitement qui furent longtemps cantonnées dans de délicates manoeuvres endoscopiques ont été renouvelées avec les possibilités de l'exérèse pulmonaire.

Ces dernières années, des techniques économiques de bronchotomie ont permis l'exérèse a minima de ces tumeurs bénignes, sans sacrifice inutile de parenchyme.

L'intérêt pour les épistomes s'est renouvelé encore ces toutes dernières années à partir de quelques observations de tumeurs carcinoïdes bronchiques où la sécrétion de sérotonine a pu être démontrée.

A partir d'une série de 32 épistomes examinés et opérés au Centre FOCH, il nous a paru intéressant de chiffrer la proportion des différentes formes radiologiques.

En effet, dès le premier examen de cette série, on s'aperçoit que les formes typiquement obstructives ne représentent que la moitié des cas; l'autre moitié des observations s'étant présentée radiologiquement, soit comme des tumeurs périphériques ou hilaires, soit de façon tout à fait muette.

L'intérêt de ces formes atypiques, qui sont souvent considérées comme rares, nous a paru renforcé par la lecture de ces observations qui montrent que le diagnostic pour ces malades n'a pas été rapidement évoqué et qu'il a fallu dans certains cas plusieurs années d'évolution ou même une intervention chirurgicale pour que l'épistome soit reconnu.

Ces trente-deux malades représentent la totalité des épistomes opérés dans le Service de Chirurgie Thoracique du Centre FOCH (Docteur Paul HERTZOG).

Huit malades avaient été confiés par le Service de Pneumologie Médicale du Dr ISRAEL-ASSELAIN, les autres provenaient du recrutement extérieur du Service de Chirurgie.

Il est intéressant de remarquer que ces deux services fonctionnant depuis 1950, c'est-à-dire depuis que les possibilités de l'exérèse pulmonaire sont entrées dans la pratique courante, toutes les formes d'épistomes ont été indifféremment confiées au chirurgien sans aucune sélection.

Contrairement à ce qui peut se passer pour le cancer bronchique où les services de chirurgie ne reçoivent que des formes triées et des cas sélectionnés, la totalité des formes d'adénomes bronchiques, quel qu'en soit le type histologique ou la traduction radiologique, relève pour tous les pneumologues d'un acte chirurgical.

Nous pensons donc que sur notre série, les différents ordres de fréquence dont nous pouvons faire état, notamment ceux se rapportant aux formes radiologiques non obstructives, correspondent bien à la réalité.

H I S T O R I Q U E

Nous pouvons distinguer trois grandes périodes dans l'histoire des Adénomes Bronchiques.

La première est une période de description clinique et endoscopique.

Dans les premières publications des auteurs germaniques (Mueller

1882 et Chiari 1883), l'adénome est une découverte d'autopsie et c'est en 1917 seulement que débute l'histoire clinique grâce à Chevalier-Jackson, promoteur de la bronchoscopie. D'autres auteurs américains, Reisner (1928), Wessler et Rabin (1932), Kerhan (1935) Konzelmann (1936) apportent une importante contribution à la connaissance de ces tumeurs bronchiques.

En France, Lemoine, Soulas, Mounier et Kuhn vont définir les aspects bronchoscopiques des adénomes.

Une seconde période de classification anatomo-pathologique va s'étendre sur de nombreuses décades.

Hamperl en 1937 fait une étude anatomique approfondie de ces tumeurs. Graham et Womack en 1938 mettent l'accent sur certains caractères semblables entre adénomes bronchiques et tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Delarue, Depierre et Paillas en 1952 montrent que l'adénome bronchique est un épithélioma à stroma remanié et distinguent trois grandes formes histologiques :

- les carcinoïdes, de loin les plus fréquents
- les cylindromes, plus rares,
- les tumeurs à cellules myo-épithéliales, plus rares encore.

Enfin, ces toutes dernières années, un regain d'intérêt se manifeste en faveur de l'épistome après la publication de quelques observations de tumeurs bronchiques carcinoïdes où la sécrétion de sérotonine a pu être démontrée. Les auteurs américains, Warner et Southern (1958), Dockerty, Goon, Fontana (1958), Williams et Azzopardi (1960) rapportent trois cas de carcinoïdes bronchiques avec syndrome d'hypersérotoninémie. En France, une récente observation de Deparis, Sors et coll. s'apparente à cette catégorie de faits.

Mais si l'on essaie de rattacher ces tumeurs bronchiques aux carcinoïdes du Grêle, dont le syndrome de Björck est maintenant bien connu, il n'en reste pas moins que les observations de carcinoïdes des bronches avec syndrome d'hypersérotoninémie sont encore rarissimes et les dosages d'acide 5-hydroxyindolacétique dans les urines ou de sérotonine au niveau de la tumeur, assez peu probants.

Mais le chapître qui nous intéresse est avant tout radiologique. C'est celui des formes non obstructives de l'épistome. La lecture des principales publications n'en fait même pas état, ne mentionnant la plupart du temps que la forme initiale où la radiologie est encore muette.

Relativement rares sont les travaux qui font état des formes radiologiques purement tumorales. Les premières observations sont récentes et datent de 1947. Maier et Fischer en rapportent cinq cas. Brewer, Jones et Dolley en 1948, Fried en 1948, Mac Donald,Harrington et Clagett en 1949, Mahon et Forsee en 1950, Husfeld et Carlsen en 1950, Friedlander, Wolpaw et Mendelsohn en 1950, au cours de travaux consacrés au diagnostic des opacités arrondies intra-thoraciques en signalent quelques cas.

En 1951, Santy, Galy et Duprez en rapportent un cas et font une revue de la littérature.

Viking (1951), Delarue (1951), Umiker, William et Storey (1952) décrivent quelques observations.

Good et Harrington en 1953 en étudient vingt-trois cas. Delarue, Depierre et Paillas en 1952, Meyer, Delarue, Puteuil et Liot en 1954 observent un adénome périphérique à cellules myo-épithéliales.

Santy, Galy, Pellet en 1959 rapportent cinq cas d'adénomes périphériques et péri-hilaires.

Plus rares encore sont les observations où l'épistome se traduit par un Bronchocèle.

Le premier cas fut rapporté en 1953 par P. Hertzog, R. Israël-Asselain, L. Toty, C. Personne et J. Gilbert (obs. n° 11).

Plus récemment, Karl Mully rapporte une observation analogue : l'image ronde hilaire visible sur le film représente une portion de bronche dilatée et pleine de sécrétions et non pas la tumeur.

L'examen de la pièce d'exérèse a montré qu'il existait un petit adénome sténosant et distalement un énorme broncho-pyocèle.

OBSERVATIONS

1°) Les tumeurs rondes semi-périphériques

Dans ce groupe, nous avons réuni les neuf observations où l'épistome apparaissait comme une tumeur de moyen volume, généralement peu distante du hile pulmonaire, mais sans aucune image parenchymateuse systématisée.

2°) Forme à développement canalaire géant.

Cette observation unique, dont nous n'avons pas retrouvé l'équivalent dans la littérature, avait une traduction radiologique très exceptionnelle : une tumeur parahilaire droite se prolongeait par toute une série de digitations longues de plusieurs centimètres à l'intérieur du lobe supérieur.

On aurait pu penser à une tumeur vasculaire ou à un bronchocèle, ce qui fut d'ailleurs le cas. Ce n'est qu'à la coupe de la pièce qu'on s'aperçut que la totalité de l'image représentait des prolongements tumoraux développés à l'intérieur des lumières bronchiques de deuxième et troisième ordre.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est que l'obstruction absolue non seulement du tronc lobaire supérieur, mais encore des bronches lobaires, segmentaires et sous-segmentaires, ne déterminait ni atélectasie, ni suppuration, ni même bronchectasie.

3°) Les bronchocèles

Il est banal qu'une tumeur bronchique, quelle qu'elle soit, s'accompagne de quelques dilatations bronchiques pleines, de volume modéré; ainsi dans les épistomes que nous groupons d'autre part comme relevant de formes obstructives, la coupe de la pièce a montré dans certains cas, au sein d'une atélectasie, des dilatations bronchiques pleines de mucus ou de pus.

Mais les deux cas que nous rapportons ici représentaient des formes de bronchocèles géants pseudo-tumoraux, développés apparemment en plein parenchyme, sans que les territoires périphériques paraissent intéressés.

MIC... Simone, 37 ans, sans profession.

HISTOIRE

En 1947 : à 23 ans, Primo-infection.

1953 : RX : quelques opacités sous claviculaire externe gauche et scissurale externe droite séquellaires.

Mars 1959 : découverte d'une opacité ronde de la taille d'une prune dans le lobe inférieur gauche.

VS normale, pas de bacilloscopie. Deux clichés à 3 mois d'intervalle ne montrent pas de modification de l'image.

Mars 1961 : la radio systématique montre une légère augmentation de volume de l'image. VS normale, BK = 0.

2 mai 61 : hospitalisée. L'image est interprétée comme un tuberculome.

Traitement antibacillaire qui sera poursuivi en milieu sanatorial.

Légère augmentation de volume sous traitement.

Bronchoscopie : tumeur non visible.

Broncho-Lipiodolée : arrêt du lipiodol dans le rameau postéro-externe. L.I.G., compressions des bronches de voisinage.

30 novembre 61 : Lobectomie inférieure gauche au Plateau d'Assy (Dr Joly)

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Pr GALY)

Macro : tumeur qui vient presque affleurer l'origine de la bronche sous-segmentaire. Clivage qui fait discuter une métastase car l'aspect un peu mou à la coupe est peu en faveur d'un adénome.

Sur les coupes sériées, on retrouve les points crétacés ou ossifiés qui seraient bien en faveur d'un épithélioma à stroma remanié.

Micro : Epithélioma à stroma remanié typique avec cellules du type carcinoïde.

Evolution : Suites simples - dernier cliché avril 1962. Rien à signaler.

EN CONCLUSION : Femme de 37 ans, sans profession, qui a présenté dans ses antécédents une tuberculose pulmonaire et chez laquelle apparaît 10 ans après une opacité ronde parahilaire. Cette masse est prise pour un tuberculome mais son augmentation de volume sous traitement entraîne une lobectomie inférieure gauche qui découvre un Epistome de type carcinoïde.

GUIL... Jean-Louis, 26 ans, employé à SNCF comme cuisinier.

Adressé le

24 novembre 1964 pour épisodes fréquents de suppuration broncho-pulmonaire.

1957 : premiers troubles. Primoinfection évoquée. Traitement antibacillaire 6 mois.

Par la suite, épisodes fréquents bronchorrhéiques fébriles avec opacité au niveau du lobe moyen.

Hospitalisé le 9 décembre 1964

Cuti négative. Bacilloscopies négatives.

RX - tomos de profil : images claires, aréolaires, du lobe moyen; il semble s'agir de bronchectasies en amont d'une petite opacité ronde, bien visible sur les tomos, évoquant le diagnostic d'épistome.

Bronchoscopie : normale.

Lipiodol : visualise l'obstacle sur une segmentaire du lobe moyen. Montre l'existence de DDB sur l'autre segmentaire.

18 janvier 1965 : lobectomie moyenne droite (Dr Hertzog), après un traitement antibiotique. Suites simples.

Macro : la bronche lob. moyenne est le siège d'une grosse tumeur qui la distend et l'obstrue complètement. Cette tumeur (photos) est implantée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Epistome carcinoïde, sur la face latérale externe. En amont de la tumeur, il existe de très nombreuses dilatations des bronches, broncho-mucocèles pleines de mucus.

EN CONCLUSION

Chez un jeune homme de 26 ans, épistome semi-périphérique du lobe moyen, avec bronchectasies en amont et bronchocèles. Durée d'évolution : 7 ans. Erreur de diagnostic : primo-infection tuberculeuse.

PIC... Jacqueline, 22 ans, institutrice.

Novembre 1959 : une radio-photo découvre une petite masse arrondie parahilaire droite.

Novembre 1960, novembre 1961 : radios et tomos : image identique.

VS normale, BK : négatif.

Un diagnostic n'est pas porte, mais il semble exclu d'après l'aspect radiologique et l'histoire, qu'il puisse s'agir d'un foyer tuberculeux.

Hospitalisée le 22 janvier 1962.

Radios et tomos : à droite, petite tumeur avoïde pleine située à la partie inférieure du hile.

L'aspect cra oïde d'une branche de l'artère pulmonaire qui y conduit fait penser qu'il s'agit d'une anévrysme de l'artère pulmonaire : en fait, les petites opacités en bandes sous-jacentes à la tumeur sur la radio se révèleront être des bronchocèles.

Bronchoscopie normale.

Bronchographie : amputation des bronches ventrales inférieures droites.

1 février 1962 : Lobectomie inférieure droite (Dr Toty) - Suites simples.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

L'épistome comble une sous-segmentaire - dosale du LID et commande des bronchocèles pleins.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Dr Gosset)

Epistome carcinoïde.

EN CONCLUSION : Jeune fille de 22 ans, institutrice, chez laquelle une opacité ronde parahilaire droite fait d'abord évoquer un tuberculome. L'absencede régression sous traitement fait envisager l'intervention, mais sur certains caractères radiologiques, on évoque un anévrysme de l'artère pulmonaire.

L'intervention découvre un épistome de type carcinoïde. Il s'agit d'une tumeur semi-périphérique non visible à la bronchoscopie.

Evolution : 2 ans 1/2. Bronchocèles sous-jacentes. Lésions des LID.

PIN... Jacques, 20 ans.

27 mai 1964 : la radio systématique dépiste une opacité arrondie hilaire gauche. Hospitalisation à la Précure.

Cuti : négative. Bacilloscopies négatives. Cultures négatives.

RX-tomos : opacité ronde de 5 cm de diamètre, se projetant derrière le hile.

Sur les tomos de profil, la partie intrabronchique de la masse fait saillie par l'orifice de Nelson.

Bronchoscopie : obstruction partielle de l'orifice de la bronche de Nelson par une tumeur cunéiforme rosée, évoquant un Epistome.

30 juillet 1964 : hospitalisé.

11 août 1964 : Lobectomie inférieure gauche (Dr Personne).

Suites simples.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Epistome carcinoïde ?

EN CONCLUSION

Tumeur ronde hilaire asymptomatique.

°
° °

CHAR... Jacques, 21 ans, étudiant en Lettres.

1954 : découverte par radio systématique d'une petite opacité arrondie para-hilaire droite.

Redépistage en 1956 - Image identique - Bacilloscopie négative.

Bronchoscopie : présence d'une bourgeon lisse et rouge dans le rameau externe de la lobaire moyenne.

Le diagnostic d'épistome est envisagé.

Hospitalisé le 19 novembre 1956.

RX, tomos, bronchos : identiques.

Bronchographie droite : deux rameaux sont inégalement injectés au niveau du lobe moyen.

29 novembre 1956 : exérèse du lobe moyen (Dr Hertzog).

Suites simples.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Tumeur bien encapsulée en dehors du système bronchique. Pas de solution de continuité dans la paroi bronchique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Epistome carcinoïde.

EN CONCLUSION

Chez un homme de 21 ans, épistome parahilaire du lobe moyen, asymptomatique, 2 ans d'évolution.

°
° °

NIC... Eustralios, 69 ans, aide-maçon.

4 novembre 1963 : le malade, âgé de 69 ans, ancien tuberculeux stabilisé par un traitement antibiotique, entre dans le service de Chirurgie Thoracique pour une opacité du champ pulmonaire droit, connue depuis 1960, et n'ayant pas régressé sous traitement anti-tubercul. bien au contraire, l'opacité a augmenté légèrement de volume en 3 mois.

Radios - tomos : résidus disséminés de l'ancienne nodulation surtout à l'Apex.

Masse de 3 cms de diamètre dans le lobe moyen, paraissant au contact des deux scissures.

Bronchoscopie : présence d'un bourgeon lisse, mobile avec la respiration, dans un orifice sous-segmentaire du lobe moyen.

21 novembre 1963 : exérèse du lobe moyen (Dr Toty).

Suites immédiates simples.

Passé en service de réanimation, le 10ème jour, pour fièvre à 40°, frissons diarrhée glaireuse. Décédé le 3 février 1964.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Epistome carcinoïde.

°
° °

MOT... Hélène, 40 ans, cultivatrice.

Depuis 1954 : hémoptysies de faible abondance, d'abord 2 ou 3 fois par an.

En décembre 63 : une hémoptysie plus abondante fait consulter pour la première fois et la bronchoscopie montre une tumeur obturant la lobaire inférieure gauche.

Hospitalisée le 4 mars 1964.

RX-Tomos : opacité ronde de la taille d'une prune, parfaitement homogène et limitée, se projetant derrière le coeur.

Sur les tomos de profil, elle apparaît comme occupant la lumière considérablement distendue de la lobaire inférieure gauche : pas de lésion visible en amont.

Bronchoscopie : la tumeur obstrue totalement la lobaire inférieure gauche dont elle affleure l'orifice.

Bronchographie : le territoire de Nelson est injecté.

20 mars 1964 : Lobectomie Inférieure gauche (Dr Personne)

Suites simples.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Macro : volumineux épistome de 3 cms de diamètre, obstruant la lobaire inférieure qu'il dilate et peut-être dilacère.

Au-delà de la tumeur, on observe des dilatations des bronches pleines d'un pus verdâtre solidifié.

Micro : Epistome carcinoïde de forme angiomateuse.

°
° °

MOR... Marie, 29 ans, sans profession.

1957 : pleurésie droite avec traitement de Rimifon pendant huit mois.
Pas de document radiologique.

Avril 59 : Hémoptysie de faible abondance.

15 avril 59 : Radios et tomos de profil : opacité bien limitée, de 5 à 6 cms de diamètre, située dans la région basale interne du poumon droit. Bacilloscopies négatives.
Hospitalisée le 25 mai 1959.
RX-tomos
Bronchoscopie : à droite, la lobaire supérieure et la bronche intermédiaire sont normales, de même la bronche lobaire moyenne. Le tronc des basales est obturé par une masse bourgeonnante. La bronche de Nelson a un aspect irrégulier, un peu bourgeonnant, remontant légèrement sur la face postérieure de la bronche intermédiaire.
Biopsie, examen histologique : Epistome carcinoïde.

8 juin 1959 : Bilobectomie inférieure et moyenne droite (Dr Toty).
Suites : atélectasie récidivant plusieurs fois.

°
° °

CHO... André, 35 ans, Ingénieur des Eaux et Forêts.

Depuis 8 ans (1950), plusieurs épisodes pulmonaires de la base gauche appelés congestions. Ces épisodes d'abord annuels se multiplient au cours de l'année 1958.
A partir de 1956 apparaissent des hémoptysies qui se répéteront durant deux ans.

Juillet 1958 : la bronchoscopie découvre une tumeur intra-bronchique.

20 août 1958 : est hospitalisé.

Cuti négative - Bacilloscopies négatives.

Radios et tomos : à gauche, les tomos permettent d'isoler une volumineuse tumeur intra-bronchique située dans la lobaire inférieure, à 1,5 cm de son origine. Cette tumeur a 4 cms de diamètre et distend les parois bronchiques. Au-delà de la tumeur, il existe quelques travées de petit volume. Le lobe n'est pas condensé.

Bronchoscopie : une tumeur violacée, de surface un peu granitée, obstrue l'axe de la lobaire inférieure gauche après le départ de la première ventrale, donc au niveau des termino-basales.

Biopsie

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Epistome carcinoïde.

8 septembre 1958 : Lobectomie inférieure gauche (Dr Toty)

Suites simples.

A la coupe, épistome de 4 cms de diamètre ayant complètement détruit la face postérieure de la paroi bronchique avec envahissement du mur cartilagineux.

1964 : Problème d'une reprise évolutive ? car petite hémoptysies.

RX ITN.

°
° °

MEH... Ferdinand, 35 ans.

Depuis 1947, hémoptysies d'importance croissante, de plus en plus rapprochées.

Mai 1957 : la radio systématique découvre une opacité du lobe supérieur droit. Les tomos identifient la nature vasculaire de cette opacité. Les tomos de profil indiquent qu'il s'agit d'énormes artères pulmonaires.

Novembre 1959 : le malade est revu. On note une augmentation de volume de l'image. Le diagnostic d'artères ectasiques est maintenu. La progressivité fait envisager l'intervention.
Eclipse du malade pendant 3 ans.

Mai 1962 : Radios - tomos : à droite, une masse tumorale dont l'élément principal très dense, polylobé, se superpose à la bronche lobaire supérieure. Cette masse envoie des prolongements digitiformes dans tout le lobe supérieur. Cet aspect fait penser à un anévrysme de l'artère pulmonaire.
Bronchoscopie sous anesthésie générale : énorme épistome sortant de la lobaire supérieure, comblant la bronche souche droite. Biopsie impossible, car la tumeur est très hémorragique.

2 juin 1962 : Pneumonectomie droite (Dr Hertzog).
Tolérance parfaite.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Très volumineux épistome canalaire dans le lobe supérieur qui semble se développer suivant les axes des trois bronches.
La tumeur est lisse, polylobée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Epistome carcinoïde, richement vascularisé.

Malade revu le 18 janvier 1963 : très bon état.

°
° °

NOU... Roger, 45 ans, conducteur S.N.C.F.

1941 : RX. Léger "voile" du sommet droit. Aspect RX sensiblement identique jusqu'en 1952.

En 1952, on découvre à la suite d'un épisode bronchorrhéique fébrile, une opacité volumineuse pseudo-tumorale, en tulipe, du lobe supérieur droit, à pôle hilaire.

Hospitalisé le 8 mars 1952.
Très bon état général. Expectoration muco-purulente 10/jour.
Bacilloscopies négatives.
Radios - tomos.
Bronchoscopie : épistome obstruant complètement la branche la plus postérieure de trifurcation de la lobaire supérieure droite.

18 mars 1952 : Lobectomie supérieure droite (Dr Toty).
Suites simples.

La lobectomie rend possible une confrontation anatomo-radiologique : l'épistome du volume d'une cerise comble toute la lobaire.
En amont, on découvre quatre vastes cavités bronchiques avec un magma purulent en rétention.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Epistome sans précision de type.

°
° °

GUI... Yvonne, 35 ans, employée de bureau.

L'histoire a débuté en 1951 à 23 ans, avec une altération de l'état général qui fait découvrir des opacités hilifuges du lobe supérieur droit, avec bacilloscopies négatives.

Durant 12 ans, on assiste à des alternatives d'accentuation et de diminution du volume des opacités.

La malade reçoit de courts traitements antibiotiques et fait un séjour en sanatorium.

Hospitalisée en mars 1963.
Radios : lésions conglomérées et densifiées, interprétées comme un agglomérat de fins nodules de type fibro-caséeux.

23 mars 1963 : bronchoscopie. L'orifice lobaire supérieure droite à sa place, mais complètement obstrué par une tumeur lisse, rouge; les bords de L.S.D. sont très inflammatoires.

28 mars 63 : Lipiodol.

24 avril 63 : Lobectomie supérieure droite (Dr Toty).
Suites simples.

HISTOLOGIE

Macro : Epistome avec quelques calcifications et bronchocèles pleines d'une substance semi-liquide jaune. Pus microbien.

Micro : Epistome carcinoïde avec quelques aspects pseudo-cylindromateux.

°
° °

4°) Un dernier groupe d'observations ne présente pour le sujet que nous avons choisi qu'un intérêt de référence : ce sont les formes qui se traduisent sur les clichés standard soit par aucune anomalie, soit par un syndrome obstructif.

Quel que soit l'intérêt particulier de certains cas, notamment au point de vue histologique (une forme d'épistome dégénérée) et une forme bilatérale, nous ne retenons ici que cette classification radiologique.

1°) Les formes avec image thoracique normale.

Il est bien certain que l'absence d'anomalie radiologique n'est valable que pour le film standard et que les tomographies suffisamment pénétrées au niveau du plan bronchique ont mis en évidence par la suite la tumeur bombant dans la lumière bronchique.

Une bronchographie aurait également mis en évidence l'épistome. Ces cas sont au nombre de trois.

2°) Syndrome radiologique de type obstructif

Nous avons groupé sous cette rubrique 17 observations dans lesquelles l'image radiologique évoquait un obstacle bronchique : que ce soit :

- une atélectasie vraie, avec opacité massive rétractile, d'un segment, d'un lobe ou d'un poumon
- une suppuration chronique systématisée
- des ectasies d'un territoire défini
- des opacités plus ou moins bien systématisées mais avec rétraction.

Nous n'avons pas observé d'emphysème obstructif.

a) Obstruction segmentaire ou lobaire : 11 cas.

b) Obstruction d'une bronche souche : 6 cas.

Nous résumons dans les tableaux suivants ces observations.

NAS... Gabrielle, 57 ans, directrice d'école.

Episode fébrile bronchorrhéique fin décembre 1951. En février 1952, la radio montre un hémithorax gauche sombre rétracté et sur les tomos, de volumineuses dilatations bronchiques dans tout le moignon.

La bronchoscopie met en évidence une tumeur arrondie à paroi lisse, de la grosseur d'une cerise, comblant la bronche souche gauche.

12 mai 1952 : Pneumonectomie gauche (Dr Toty). Suites simples.

Examen macroscopique : poumon totalement détruit par atélectasie, suppuration broncho-pulmonaire, dilatations bronchiques.

Examen microscopique : épistome carcinoïde.

En conclusion : épistome de la bronche souche révélé par une histoire clinique récente, mais déjà poumon détruit.

GRAN... Marie, 22 ans.

Premiers signes en 1955. Wheezing progressivement plus aigu, plus constant.

1958 : des hémoptysies font découvrir un hémithorax sombre à gauche. La malade est traitée pour pleurésie séro fibrineuse. Les hémoptysies se répètent.

Mars 1962 : bronchoscopie : tumeur bronchique.

Hospitalisée le 30 mars 62. RX tomos : à gauche, hémithorax sombre. Les tomos montrent la tête de la tumeur sortant de la souche gauche dans la trachée.

Bronchoscopie : tumeur lisse, parfaitement arrondie, accouchée de la bronche souche gauche qu'elle obture totalement. Elle dépasse dans la trachée de plus d'un cm.

Biopsie et examen histologique : Epistome carcinoïde.

13 avril 1962 : Pneumonectomie gauche (Dr Toty). Suites simples.

Examen macroscopique : destruction totale du parenchyme pulmonaire transformé en un bloc scléreux informe raviné de quelques conduits bronchiques, qui ne représentent que les principaux stromas dilatés. Ces troncs contiennent des noyaux tumoraux libres.

Conclusion : épistome longtemps méconnu, arrivé au stade où la tumeur envahit toutes les bronches gauches.

LAM... Marie, 60 ans, bobineuse.

Juillet 1955 : oppression respiratoire. Novembre 55 : épisode fébrile. Radio : hémi-thorax sombre.

Hospitalisée - RX - tomos.

Bronchoscopie : obstruction complète de la bronche souche gauche par un épistome.

Bronchographie : le lipiodol injecte de volumineuses dilatations bronchiques du lobe inférieur.

23 février 1956 : (Dr Hertzog) : pneumonectomie gauche. Suites simples.

Examen histologique : Epistome.

HERR... Marcel, 48 ans, employé des P. et T.

Est adressé le 21 décembre 1963 par le service de Cardiologie du Centre Foch dans le service de Pneumologie pour épanchement pleural gauche.

En 1961, un épanchement pleural gauche était apparu, et malgré l'absence de BK, le malade avait été mis à un traitement antibacillaire Strepto et Rimifon. L'épanchement disparaissait au bout de 2 mois de traitement.

Les radios de Novembre 1963 montrent une opacité pleuro-pulmonaire de la base gauche avec une importante déviation médiastinale vers la gauche. La ponction ne fait pas la preuve de la tuberculose. Les tomos ne montrent pas de lésion tuberculeuse, mais font suspecter un obstacle bronchique sur la lobaire inférieure gauche.

La bronchoscopie montre une tumeur comblant pratiquement toute l'origine de la bronche souche gauche et infiltrant les deux premiers centimètres de la face gauche de la trachée.

21 février 64 : Pneumonectomie élargie (Dr Hertzog). Suites simples.

Examen histologique : Epistome à type de cylindrome mucoïde.

Revu le 22 avril 64 - Le 22 janvier 65 : RX. trachée perméable.
En conclusion : épistome broncho-trachéal à type de cylindrome dont le début des troubles remonte à 3 ans.

JAN... Renelle, 33 ans, métreuse.

Début des troubles en avril 1955. En novembre 56, la radio montre

une vaste opacité de la base droite : la malade reçoit du cortancyl auquel il est adjoint strepto et rimifon. L'opacité régresse en quelques semaines et la malade cesse de se faire suivre.

En octobre 61, toux quinteuse. La radio montre une atélectasie droite totale. Hospitalisée le 31 octobre 61.

La bronchoscopie montre un bourgeon blanc nacré obstruant toute la souche, 1 cm après l'éperon, sans contact avec la paroi bronchique. L'implantation n'est pas visible.

20 novembre 61 : Bilobectomie inférieure et moyenne (Dr Hertzog). Suites simples. (tumeur implantée sur le tronc intermédiaire).

Examen histologique : Epistome sans précision de type.

Revue le 7 juin 62 : va bien.

DES... Maurice, 43 ans, employé à la S.N.C.F.

En décembre 1956, épisode pulmonaire aigu avec expectoration purulente abondante. Bacilloscopie négative. Hospitalisé à Hazebrouck. Une antibiothérapie antituberculeuse est entreprise durant 2 mois, pendant lesquels la température reste élevée avec expectoration abondante et amaigrissement.

Par la suite, un traitement Pénicilline - Rovamycine amène une chute thermique rapide, la disparition de l'expectoration et une reprise de l'état général.

En mai 1957, une bronchoscopie montre une obstruction de la bronche souche gauche par une masse arrondie insérée au niveau de la lobaire supérieure, mobile avec les mouvements respiratoires.

L'examen histologique sur biopsie montre qu'il s'agit d'un épistome carcinoïde.

30 octobre 57 : hospitalisé. RX : images complexes disséminées dans le poumon gauche sous forme de petites opacités disséminées, de travers, avec une attraction du diaphragme et du médiastin.

Bronchographie gauche : dilatations bronchiques dans tout le lobe inférieur et dans une partie de la lingula.

Bronchoscopie : id. 25 séances de cobalt sans modification endoscopique.

21 novembre 57 : Pneumonectomie gauche (Dr Hertzog). Suites simples.

Revu en novembre 64 : après 7 ans, va bien.

CAN... Céleste, 34 ans, manutentionnaire.

Novembre 1959 : découverte de radio d'une opacité du tiers supérieur du poumon gauche avec deux foyers plus denses. Bacilloscopies négatives. Traitement antibiotique triple associé pendant 5 mois; avec régression de la zone opaque.

Novembre 1960 : opacité plus nette, qui évoque une segmentite rétractile. Bacilloscopies négatives. Refuse de l'antibiothérapie.

Mai 1961 : accentuation de l'opacité : sous traitement antituberculeux.

13 juin 61 : hospitalisé. Radios, tomos : Atélectasie segmentaire paraissant correspondre à l'ensemble du culmen rétracté dans la région sous claviculaire interne, avec quelques images pseudo-nodulaires sous claviculaires externes.

Les tomos montrent un arrêt bronchique visible sur le tronc du culmen, très haut.

Bronchoscopie : à gauche, le tronc du culmen est complètement obstrué par un bouchon de pus. Les autres bronches sont normales.

26 juin 61 : Lobectomie supérieure gauche (Dr Toty). Suites simples.

Examen histologique : Epistome carcinoïde.

PAC... Christiane, 32 ans, ouvrière.

Décembre 1963 : une toux quinteuse rebelle, des signes de surinfection bronchiques font demander des clichés qui montrent une atélectasie du segment apical du lobe inférieur droit.

23 décembre 63 : bronchoscopie : tumeur de la grosseur d'une cerise, obstruant l'orifice du Nelson.

Hospitalisée le 31 janvier 64. RX, tomos : à droite, destruction de tout le Nelson, rétracté vers la base, totalement densifié et raviné de galeries bronchectasiques.

Bronchoscopie : Epistome typique.
10 février 64 : lobectomie inférieure (Dr Hertzog).

Examen histologique : Epistome carcinoïde à forme trabéculaire. Macro : l'épistome occupe et comble l'orifice de la bronche de Nelson qu'il distend. Il a la taille d'une noisette, ne paraît pas avoir de prolongements réels en dehors de la bronche. Au delà, bronchocèle et zone pneumonique à des stades évolutifs différents.

POI... Simone, 30 ans.

1946 : toux. RX. ITN.
Mars 1947 : prétendue congestion pulmonaire. En fait, foyer sus scissural droit, ayant laissé après guérison par la Pénicilline une biscissurite.(mai 49). Bonne santé jusqu'en mai 50.

Hospitalisée. RX, tomos : opacité du segment dorsal du lobe supérieur droit.

Juin 50 : bronchosopie : cerise dans la lobaire supérieure. Régression partielle de l'ombre segmentaire.

19 juillet 50 : lobectomie supérieure. Suites ultra simples.

Août 50 : ITN.

YEP... Moreno, 51 ans, maçon.

11 avril 60 : la découverte d'une opacité para-aortique fait hospitaliser le malade, un Espagnol de 51 ans, fraîchement transplanté.

RX, tomos : opacité vaguement arrondie, peu dense, située le long du médiastin contre l'aorte. Les documents de profil montrent qu'il s'agit de la totalité du lobe supérieur rétracté sur son pédicule.

Bronchoscopie : tumeur violacée remplissant le lobe supérieur. Biopsie impossible.

26 avril 1960 (Dr Toty) : résection du lobe supérieur et du segment correspondant à la bronche souche.

Plastie : la lobaire inférieure est ré-anastomosée à la souche. Suites simples.

Examen histologique : Epistome carcinoïde.

HOR... Françoise, 42 ans, employée.

En septembre 49, apparition des premières hémoptysies qui se répètent ensuite régulièrement.

Juin 51 : pneumopathie aiguë, suivie de plusieurs épisodes fébriles.

Mai 1952 : bronchoscopie découvrant une tumeur lisse, ronde, aveuglant la bronche principale droite, faisant porter le diagnostic d'épistome.

Hospitalisée le 20 juin 52. Radios - tomos : aspect de condensation très rétractile des lobes moyen et inférieur. Lobe azygotes.

Bronchoscopie : id.

30 juin 52 : Bilobectomie inférieure et moyenne droite (Dr Hertzog). Suites simples.

Examen histologique : Epistome (type non précisé).

BEL... René, 44 ans.

Pneumopathies récidivantes de la base droite depuis 2 ans. Mai 64 : la radio montre une opacité systématisée du lobe moyen, paraissant rétracté.

Le malade est hospitalisé le 8 juin 64. Radios, tomos : atélectasie du lobe moyen.

Bronchoscopie : à droite, la bronche souche est normale. La lobaire supérieure droite légèrement déviée vers le bas. Le tronc intermédiaire est complètement sténosé à sa partie terminale par un bourgeon lisse, donnant l'aspect d'une cerise.

6 juillet 64 : Lobectomie moyenne droite (Dr Toty). Suites ultra simples.

Examen histologique : Epistome carcinoïde.

PON... Marie-Louise, 30 ans, cultivatrice.

Septembre 56 : à l'occasion d'une fausse couche, découverte d'une anomalie thoracique.

4 bacilloscopies sont positives. Malgré la médiocrité de l'image radiologique (image scissurale correspondant au lobe moyen), traitement par antibiothérapie continue :

157 perfusions PAS
53 g Streptomycine
93 g Rimifon.

Radios : atélectasie complète du lobe moyen. Hospitalisation.

9 janvier 58 : Bronchoscopie : petite tumeur rouge, comblant toute la lobaire moyenne, parfaitement ronde, mobile avec les mouvements respiratoires et la toux.

Lobectomie moyenne. Suites simples.

Examen histologique : Epistome carcinoïde.

PHI... Raymonde, 47 ans, gouvernante.

Longue histoire de suppuration broncho-pulmonaire de la base droite, dont le début remonte à 1935 avec hémoptysies à partir de 1936-37.

Hospitalisée le 19 juin 1952.

Radios : Aspect de condensation rétractile suppurée du lobe inférieur droit avec une cavité parenchymateuse de 4 cms de diamètre.

Bronchoscopie : tumeur arrondie, lisse, comblant le segment intermédiaire 2 cms au-dessous du départ de la lobaire supérieure.

4 juillet 51 : Bilobectomie inférieure et moyenne (Drs Hertzog et Toty). La plastie bronchique est impossible en raison de l'ancienneté de la suppuration. Suites simples.

En conclusion : épistome dont le début remonte à 17 ans.

AUD... Hélène, 40 ans, distributrice de publicité.

Le début des troubles remonte à 1937. Le diagnostic bronchoscopique a été rapidement fait. Plusieurs tentatives de destruction endoscopique les années suivantes.

La malade est adressée dans le service en mai 1953. Elle présente à l'époque une rétraction du lobe inférieur droit.

Une bronchographie montre un arrêt complet cupuliforme typique sur l'origine de la lobaire inférieure.

Bronchoscopie : tumeur lisse obturant totalement la lobaire inférieure.

18 mai 53 : Exérèse économique de la tumeur par simple bronchotomie. (Dr Hertzog). Suites simples.

DEB... Annie, 16 ans, étudiante.

Le début des troubles remonte à janvier 64 : toux quinteuse et rebelle. La cuti est négative. Jamais d'hémoptysie.

Une bronchoscopie fait découvrir une volumineuse tumeur bronchique.

Hospitalisée le 18 septembre 64. Radios - tomos : à droite : hémithorax très réduit de volume avec forte attraction médiastinale. Les tomos montrent une tumeur bronchique qui apparaît comme posée sur l'orifice même de la bronche souche droite, débordant dans la trachée.

La bronchoscopie confirme la situation de la tumeur qui apparaît rouge vif.

26 septembre 64 : Exérèse de la tumeur par bronchotomie (Dr Hertzog). Suites simples.

Février 1965 : revue, va bien. Bronchoscopie normale.

BON... Suzanne, 42 ans.

Des hémoptysies apparaissent en janvier 1956 et récidivent en juin 56. La radio est normale.

Bronchoscopie : petite tumeur sur l'origine de la bronche lobaire inférieure gauche.

Hospitalisée le 21 juillet 56. RX - Tomos : rien à signaler.

Bronchoscopie : tumeur rose de la taille d'une fraise, non lisse, obstruant totalement le lobe inférieur gauche.

Biopsie, examen histologique : Epistome carcinoïde.

8 octobre 1956 : Lobectomie inférieure gauche (Dr Hertzog). Suites simples.

Novembre 1958 : nouvelle hémoptysie faisant découvrir à la bronchoscopie un épistome du segment intermédiaire droit au niveau de la bronche de Nelson qui l'obture totalement.

Réhospitalisée le 4 décembre 1958. RX - Tomos : à droite, atélectasie du lobe inférieur complètement rétracté le long du bord du coeur.

18 décembre 1958 (Dr Hertzog) : Lobectomie inférieure droite. Suites simples.

En conclusion : apparition deux ans après lobectomie inférieure gauche pour epistome d'un épistome du lobe inférieur droit.

MAI... Jeannine, 30 ans, sans profession.

Depuis 1955, hémoptysies à intervalles assez éloignés sans aucune image radiologique.

Les hémoptysies se multiplient en 1958, une bronchoscopie découvre l'épistome.

Hospitalisée le 11 août 1958. RX, ITN. Une tomo pénétrée montre la tumeur en cerise, dans le segment intermédiaire totalement obstrué.

Bronchoscopie : tumeur pédiculée, pédicule implanté sur la face interne du segment intermédiaire.

Biopsie : Epistome carcinoïde.

29 août 1958 : Extirpation par bronchotomie avec conservation de tout le parenchyme (Dr Hertzog). Suites simples.

THO... Eugène, 34 ans, tourneur.

Depuis 1947, présente un nodule calcifié paracardiaque droit. En janvier 55, épisode de congestion pulmonaire avec petite réaction pleurale gauche.

Février 56 : à la suite d'un épisode banal, la bronchoscopie montre une tumeur pédiculée insérée sur la paroi postérieure de la bronche lobaire inférieure gauche.

Biopsie et examen histologique : Epistome carcinoïde (Dr Renault).

Hospitalisé le 12 mars 56. RX - tomos : rien à signaler à gauche. Nodule calcifié à droite.

La bronchoscopie montre deux épistomes : une petite lentille située à l'intrée de la lobaire inférieure gauche et un bourgeon sur la face postérieure de la bronche souche.

22 mars 56 : Ablation par bronchotomie des deux épistomes (Dr Toty). Pour le chirurgien, il ne paraît exister qu'une seule masse. Suites simples.

Examen histologique post-opératoire (Dr Vermès) : Epistome carcinoïde.

LE P... Marcel, 56 ans.

Une hémoptysie en juin 1958 avec radio normale fait pratiquer une bronchoscopie, qui montre un bourgeon à l'entrée de la lobaire inférieure.

Hospitalisé le 20 août 58. Radios, tomos : quelques travées paracardiaques droites. Tomos de profil : petite masse tumorale à l'entrée de la lobaire inférieure et une zone opaque dans le Nelson.

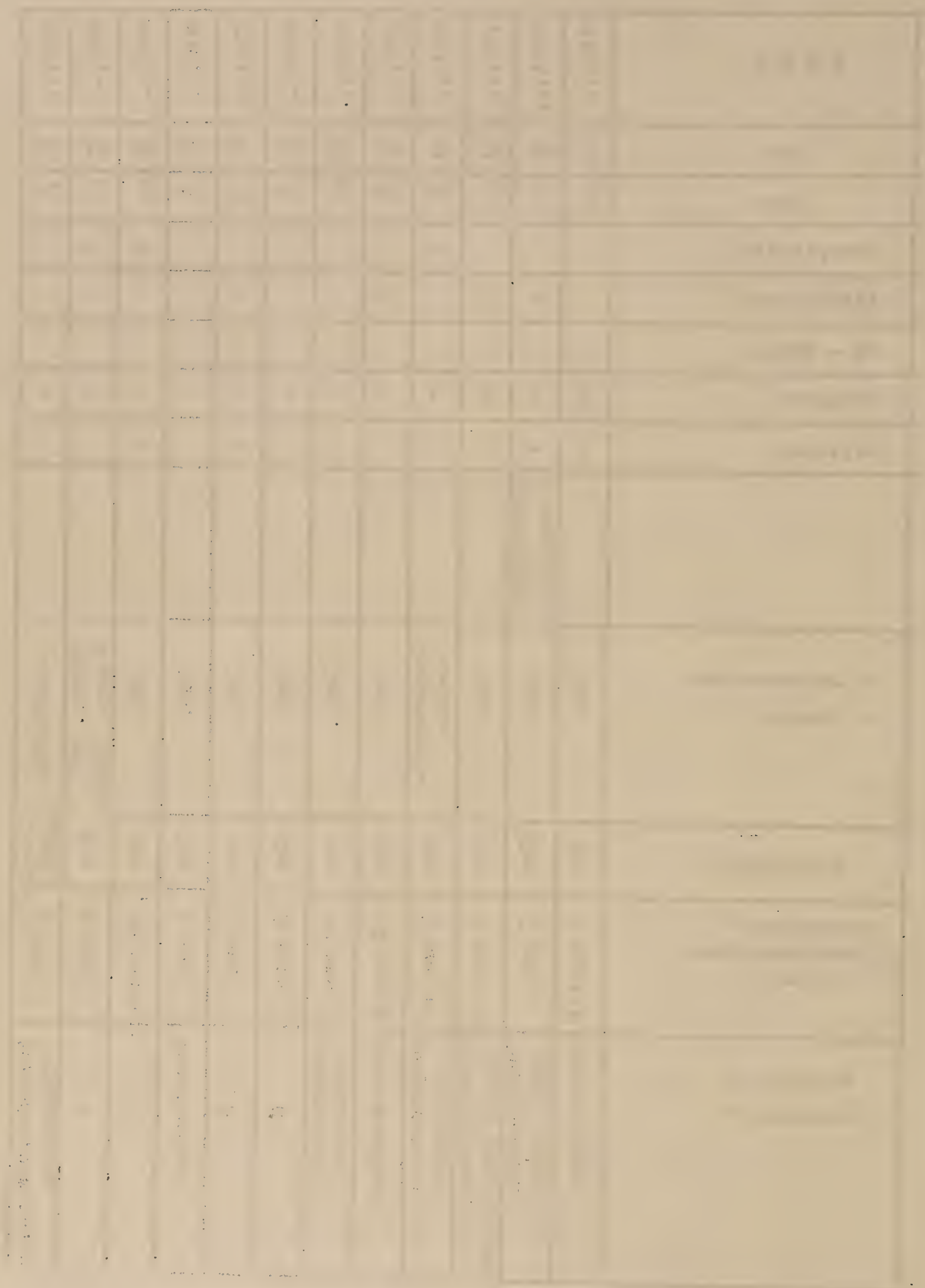
Bronchoscopie : petite tumeur rose, lisse, infiltrante sur l'orifice de la lobaire inférieure droite.

Biopsie bronchique : épithélioma atypique pseudo-glandulaire avec en quelques points des images de type glandulaire (Dr Vernès)

22 septembre 58 : Pneumonectomie droite (Dr Toty). Suites simples.

Examen histologique (Dr Vernès). Epistome en voie de cancérisation.
Février 1965 : va bien.

N O M S	MIC...	GUIL...	PIC...	MEH...	NOU...	GUIG..	PIN...	CHAR...	NIC...	MOT...	MOR...	CHO...
Age	37	26	22	35	45	35	20	21	69	40	29	35
Sexe	♀	♀	♀	♂	♂	♀	♂	♂	♂	♀	♀	♂
Hémoptysies				+						+	+	+
Infections		+			+							
RX - Tomos												
Bronchos	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Lipiodol	+	++	+			?		+		+		
		sérotonine 8,4mg/24 h										
- Intervention - Plastie	Lob.	Lob.	Lob.	Pneumonect. droite	Lob.	Lob.	Lob.	Lob.	Lob.	Lob.	Bilob. inf. & moy. droite	Lobectomie
Histologie	Car	Car	Car	Car	Car	Car	Car	Car	Car	Car	Car	Carcinoïde
Evolution (1ers symptômes-chirurgie)	2 ans 1/2	7 ans	2 ans 1/2	7 ans +	10 ans +	12 ans +	3 mois	2 ans	3 ans	10 ans +	2 ans	8 ans +
Erreurs de diagnostic	tuberculome	bronchorrhée primo-infection	tuberculome; anévrysme art. pulmon	anévrysme artère pulmonaire	bronchorrhée	tuberculose nodulaire	0	0	tuberculome	0	0	épisode pulmonaire "congestion



FORMES OBSTRUCTIVES

	N O M	Age	Sexe	Symptome dominant	Hémopt.	Ancienneté des troubl.	Intervention	Histologie
TOTALES	NAS...	57	♀	fièvre expector.	0	3 mois	Pneumonectomie	Epistome carcinoïde
	GRAN...	22	♀	wheezing	+	4 ans	Pneumonectomie	carcinoïde
	LAM...	60	♀	fièvre	0	7 mois	Pneumonectomie	ss précision
	HERR...	48	♂	épanchemt pleural	+	3 ans	Pneumonectomie	cylindrome mucoïde
	JAN...	33	♀	toux	0	7 ans	Bilobectomie	ss précision
SEGMENTAIRES ET LOBAIRES	DES...	43	♂	bronchorrhée fébrile	0	1 an	Pneumonectomie	carcinoïde
	CAN...	34	♀	découverte de radio	0	2 ans	Lobectomie	carcinoïde
	PAC...	32	♀	toux	0	+ 3 mois	Lobectomie	carcinoïde
	POI...	30	♀	toux	0	4 ans	Lobectomie	?
	YEP...	51	♂	découverte radio	0	1 mois	Lobectomie	carcinoïde
	HOR...	42	♀		+	3 ans	Bilobectomie	type non précisé
	BEL...	44	♂	pneumopathies récidivant.	0	2 ans	Lobectomie	carcinoïde
	PON...	30	♀	découverte radio	0	2 ans	Lobectomie	carcinoïde
	PHI...	47	♀					
	AUD...	40	♀		0	?	Bronchotomie	carcinoïde
	DEB...	16	♀	toux	0	9 mois	Bronchotomie	carcinoïde
	BAR...	42	♀		+	1 mois	Lobectomie	carcinoïde
	MAI...	30	♀	hémoptys.	+	3 ans	Bronchotomie	carcinoïde
	THO...	34	♂	Broncho path.aigu	0	1 an	Bronchotomie	carcinoïde
	LE P...	56	♂	Hémoptys.	+	4 mois	Pneumonectomie	Epist.dégénér

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Radiologie

Ainsi dans notre série de 32 épistomes, 12 se traduisaient radiologiquement sous une forme tumorale et non pas sous la classique forme obstructive.

Les neuf cas de tumeurs rondes

sont, du point de vue radiologique, remarquablement superposables : il s'agit toutes les fois de tumeurs parfaitement sphériques ou ovoïdes, dont les caractères suivants se retrouvent chaque fois :

- moyen volume de 3 à 5 cms de diamètre, et situation semi-périphérique, c'est-à-dire proche du hile et non pas en plein parenchyme ou dans les zones franchement corticales;
- densité radiologique franche, sans aucune structure, ni sur les standard, ni sur les coupes tomographiques (pas de zone claire, pas de calcification);
- limites franches parfaitement dessinées;
- aucune autre anomalie, notamment pas de bronchectasie, d'opacité segmentaire, ni bien entendu de nodule satellite.

Les coupes tomographiques permettaient 5 fois sur 9 le diagnostic en montrant sur la coupe privilégiée la tumeur développée dans la lumière bronchique qu'elle dilatait en ampoule.

Mais dans trois cas, les coupes tomographiques sous toutes les incidences ne montraient pas de rapports bronchiques évidents.

Ainsi ce que nous avons classé comme tumeurs rondes peut se diviser du point de vue bronchologique en deux sous-groupes :

- les épistomes développés au niveau des grosses bronches (éperons segmentaires), donc visibles bronchoscopiquement,
- et les épistomes développés plus à distance, non visibles ou en tout cas difficiles à affirmer par endoscopie.

Mais pour ces 9 observations, quel que soit le siège exact de

leur point de développement, elles se présentaient toutes de façon identique et sur les clichés standard posaient les mêmes problèmes diagnostiques.

°
° °

Nous avons suffisamment insisté dans la description de l'observation n° 10 sur l'aspect radiologique de cette tumeur à développement canalaire pour ne pas y revenir.

°
° °

Pour les deux bronchocèles situés tous les deux dans le lobe supérieur droit, l'aspect radiologique était assez voisin.

Il s'agissait d'un volumineux bronchocèle "en tulipe" ou "en fleur de lys" d'allure pseudo-tumorale.

Le diagnostic de bronchocèle était relativement aisé, car ils étaient caractéristiques : opacité pleine, digitée, bien dessinée, développée en éventail selon les axes de la topographie bronchique.

Il était plus difficile de penser de prime abord à l'épistome.

Signalons que dans ces deux cas, le diagnostic n'a d'ailleurs été porté qu'après de longues années d'observation : 11 ans et 12 ans; l'image n'ayant d'ailleurs pris que tardivement l'aspect de bronchocèles après s'être les deux fois présentée comme des travées peu typiques, hilifuges, interprétées les deux fois comme une tuberculose.

La Bronchoscopie

de ces formes radiologiquement atypiques permettait le diagnostic 9 fois sur 12. Trois fois elle ne montrait aucune anomalie.

On retrouve donc ici la distinction que nous faisions du point de vue radiologique entre les formes véritablement semi-périphériques et

les formes hilaires.

La situation endoscopique des formes que nous avons retenues dans ce travail était la suivante :

- pour le groupe des 9 tumeurs rondes, il est remarquable de constater qu'aucune n'était développée sur un orifice lobaire, les plus proximales ayant pris naissance au niveau des divisions segmentaires ou de la bronche de Nelson :
  - deux au niveau d'une segmentaire du lobe moyen
  - une au niveau de la bronche de Nelson gauche venant pointer dans l'orifice lobaire inférieur
  - trois au niveau du tronc des basales (deux à gauche, une à droite).

Les trois cas non abordables par la bronchoscopie se situaient en bronchographie sur des bronches de troisième, quatrième ordres.

  - dorsale externe du lobe inférieur gauche
  - ventrale du lobe inférieur droit
  - division du lobe moyen.

- Pour les bronchocèles, les épistomes étaient tous les deux situés au niveau de l'éperon de la lobaire supérieure droite.

- Enfin, pour la tumeur à développement canalaire, la tête de l'épistome sortait de la lobaire supérieure, accouchant dans la souche, mais il est certain, étant donné l'importance du développement périphérique, que son point de départ était situé là aussi au niveau de la division segmentaire ou même au-delà.

Ainsi, toutes les formes atypiques de cette série correspondaient à des tumeurs développées à partir de divisions bronchiques déjà assez lointaines et non pas à partir d'éperons lobaires.

Aucun point particulier ne peut être retenu sur le plan histologique, si ce n'est l'identité du caractère de ces tumeurs.

Il s'agissait les 12 fois de tumeurs carcinoïdes tout-à-fait banales, sans aucun caractère de dégénérescence.

Physiopathologie

La question qui peut se poser à propos des formes que nous avons décrites est celle du mécanisme qui évite le trouble de ventilation alors que l'obstacle bronchique est pourtant absolu. Cet obstacle est en effet sans défaut comme le montrent les bronchographies faites dans le cas des tumeurs rondes.

Il est encore plus strict dans l'observation n° 10 dans laquelle les bronches segmentaires étaient véritablement injectées par la tumeur.

Cette absence d'atélectasie connaît une explication classique, déjà ancienne mais valable : celle de la ventilation collatérale facilitée par les pores de Cohn.

Il est curieux que l'on n'ait jamais pu mettre en évidence ce phénomène sur des documents bronchographiques; ce qui tend à prouver que tout doit se passer au niveau des voies aériennes périphériques les plus fines. La réalité de ce phénomène est bien connue du chirurgien thoracique qui, au cours d'une exérèse lobaire, constate bien souvent qu'une fois la bronche sectionnée, et tant que la séparation scissurale n'a pas été réalisée complètement, le lobe ainsi théoriquement privé de ses voies aériennes continue à s'insuffler largement sous la pression du ballon de l'anesthésiste. Cette ventilation collatérale dépendrait donc de la plus ou moins parfaite scissuration anatomique des lobes. Il est certain que ce phénomène, déjà valable et facile à observer au niveau d'un lobe, est plus efficace encore lorsque la bronche obstruée n'est qu'une branche de division de deuxième ou troisième ordre et qu'ainsi d'importants territoires du lobe considéré sont encore ventilés sans obstacle.

Symptomatologie

Il nous a paru intéressant de comparer nos deux séries d'épistomes du point de vue de leur symptomatologie.

Notion de sexe

Le sexe masculin est touché 7 fois sur 12 dans les formes atypiques, alors qu'il n'est touché que 6 fois sur 20 dans les formes typiques.

Notion d'âge

Très variable dans les deux séries puisque s'étalant de 20 à

69 ans dans les formes atypiques et de 16 à 57 ans dans les formes typiques.

Dépistage radiologique systématique

Il faut plus fréquent dans la série atypique : 4 fois sur 12 (au lieu de 3 fois sur 20).

Hémoptysies

Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, on constate que les hémoptysies ne sont guère plus fréquentes dans les formes typiques (6 fois sur 20) que dans les formes atypiques (4 fois sur 12).

Le wheezing fut observé une seule fois. Il s'agissait d'une forme obstructive.

Diagnostic

Lorsque l'épistome est typique, radiologiquement et cliniquement, le diagnostic est sans doute facile et la bronchoscopie va rapidement pouvoir l'affirmer.

Mais la lecture de nos tableaux montre que tous les éléments de diagnostic classique manquent souvent :

- dans six cas, il s'agit d'hommes
- dans cinq cas, il s'agit d'hommes de plus de 40 ans
- dans treize cas, les hémoptysies manquent.

Lorsque l'aspect radiologique est de type systématisé, la bronchoscopie va quand même être faite rapidement puisque, même si l'on n'a pas pensé à un épistome, on va évoquer aussitôt l'existence d'un obstacle bronchique. C'est bien dans les formes radiologiquement atypiques et tout particulièrement dans les tumeurs rondes que l'on risque fort de s'orienter d'emblée vers un faux diagnostic qui n'impose en rien l'exploration des bronches.

Ainsi dans 4 observations sur 9, c'est le diagnostic de tuberculose qui avait d'abord été retenu et sanctionné par une antibiothérapie qui fit perdre un temps inutilement. Ce diagnostic avait sans doute été retenu en raison du jeune âge des malades et d'antécédents qui dirigeaient un peu le diagnostic, mais l'erreur eut sans doute été évitée par une

critique radiologique plus serrée (absence de structure de la masse tumorale, pas de nodule satellite).

Dans le cas où des examens complémentaires tout à fait complets ont été pratiqués, alors que l'épistome n'était pas visible à l'endoscopie, on se trouvait en présence du grand problème diagnostique des tumeurs rondes périphériques dont on sait la complexité.

On sait aussi combien les bilans cliniques et paracliniques dans ce type de tumeurs en boulet de canon sont décevants et que la tendance est de confier rapidement au chirurgien les cas ne présentant pas de contre-indications générale ou locale.

Il est en effet toujours difficile d'éliminer le cancer bronchique dont la fréquence en France domine cette question.

Toutefois, cette fréquence diminue rapidement lorsqu'on considère les tranches d'âge de plus en plus jeunes. Pour ce groupe de sujets, l'hypothèse d'une tumeur bénigne est ainsi beaucoup plus plausible et doit être recherchée de parti pris.

On va donc être ainsi amené à passer en revue les principales formes de tumeurs pulmonaires.

1°) Cancer bronchique primitif ou secondaire

2°) Kystes hydatiques
Kystes bronchogéniques
Neurofibromes
Fibromes pleuraux
Liamentochondromes
Tumeurs vasculaires

3°) Tuberculomes

4°) Toute une série de lésions hummulaires groupées sous le terme de granulomes non spécifiques dont la classification anatomique est encore très contestée.

Il est très difficile d'évaluerla fréquence relative de ces différentes lésions, car elles varient selon le type de sujets examinés, leur race, leur âge, leur pays.

Ce qui nous paraît important, c'est que sur un groupe de 32 épistomes, un tiers de ceux-ci se présentaient à la radio sous un aspect atypique et que dans la liste des diagnostics à envisager, l'épistome doit occuper une place non négligeable. Ceci n'est pas sans intérêt, nous l'avons vu, et doit conduire à pratiquer de façon systématique le bilan broncho-pneumologique de toutes les tumeurs pulmonaires, même si elles ne paraissent pas même au premier abord avoir une origine bronchique.

°
° °

C O N C L U S I O N S

Nous avons observé au Centre Foch 32 épistomes bronchiques qui furent tous opérés dans le Service de Chirurgie Thoracique du Dr Paul HERTZOG.

Huit malades avaient été confiés par le Service de Pneumologie Médicale du Dr ISRAEL-ASSELAIN, les autres malades provenaient du recrutement extérieur du Service de Chirurgie. Radiologiquement, ces 32 épistomes se répartissaient ainsi :

- dans 17 cas, il s'agissait de formes typiquement obstructives dont 6 atélectasies totales et 11 atélectasies segmentaires et lobaires.
- dans 3 cas, la radio était muette
- dans 12 cas, il s'agissait de formes radiologiquement atypiques.

Dans cette série de 32 cas, 1 épistome sur 3 se présentait sous un aspect radiologique inhabituel : ces formes radiologiquement atypiques ne sont donc pas aussi rares qu'il est classique de le dire.

Parmi ces 12 formes, la radio a permis d'individualiser

- 9 tumeurs rondes, semi-périphériques
- 1 forme à développement canalaire géant
- 2 bronchocèles.

L'intérêt de ces formes tient non seulement à leur fréquence, mais aussi au fait que le diagnostic n'a pas été rapidement évoqué et qu'il a fallu dans certains cas plusieurs années d'évolution ou même une intervention chirurgicale pour que l'épistome soit reconnu.

Le diagnostic de tuberculose fut évoqué 4 fois sur 12, celui d'anévrysme de l'artère pulmonaire 2 fois. La durée de l'évolution fut

égale ou supérieure à 7 ans six fois sur douze.

La difficulté du diagnostic résultant de cette atypie radiologique - au maximum quand il s'agit de tumeurs rondes pulmonaires - ne doit en aucun cas dispenser d'un bilan complet broncho-pneumologique comportant tomographies, bronchoscopie, bronchographie.

Enfin, contrairement à ce qui se passe pour le cancer bronchique où les services de chirurgie ne reçoivent que des formes triées et des cas sélectionnés, la totalité des formes d'adénomes bronchiques, quel qu'en soit le type histologique ou la traduction radiologique, exception faite des localisations trachéales, relève pour tous les pneumologues d'un acte chirurgical.

Le pourcentage des différentes variétés radiologiques établi à partir d'un recrutement chirurgical, comme nous l'avons fait, représente donc bien le reflet de la réalité.

°
° °

Vu, le Président de Thèse

E. BERNARD

Vu, le Doyen de la Faculté

G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BROWN A.L.
Tumeurs bronchiques : thoraco-bronchotomie.
Surgery, sept. 1950, 28, n° 3.

CHEVALIER-JACKSON
Endothéliome de la bronche droite enlevé sous bronchoscopie effectuée "per os" .
J.A.M., 1930, 95.

CRAAFORD C. et LINDGREN A.G.H.
Tumeurs des glandes muqueuses et des glandes salivaires dans les bronches et dans la trachée, tumeurs qu'on appelait généralement autrefois "adénomes bronchiques".
Acta Chir. Scand. 1945, 92.

DELARUE J.
Anatomie pathologique des cancers broncho-pulmonaires.
1955, 18.

DELARUE J., DEPIERRE R. et PAILLAS J.
La place nosologique des épistomes bronchiques (épi- à stroma remanié).
Journal Français Méd. Chir. Thorac. 1952, 6, n° 2.

DELARUE J., DEPIERRE R., PAILLAS J.
Sur quelques formes d'épistomes à évolution maligne.
J. Franç. Méd. Chir. Thor. 1952, 6, n° 2.

DELARUE J., DEPIERRE R., PAILLAS J.
Les prétendus adénomes bronchiques sont des épithéliomas à stroma remanié. Identification d'une tumeur bronchique à cellules myo-épithéliales.
Presse Médicale, 60, 469, 1952.

DEPIERRE R.
Tumeurs bronchiques curables. Tumeurs dites "mixtes", tumeurs bénignes.
Thèse Paris, 1941.

GALY P. et RENAULT P.
Place nosologique des adénomes bronchiques de Jackson. A propos d'une statistique de 97 cas d'épithélioma bronchique à stroma remanié.
Bronches, 1954, n° 3.

GALY P.
Tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs inflammatoires pulmonaires et pleurales. Documentation anatomo-clinique.
Acta Chirurgica Belgica. Suppl. II, 5, 27.

HAMPERL H.
Tumeurs bronchiques bénignes (cylindromes et carcinoïdes).
Virchows Arch. Path. Anat. 1937.

JACKSON L. et KONZELMANN F.W.
Aspects bronchoscopiques des tumeurs bronchiques : "L'adénome bronchique". Relation de 12 cas.
Fév. 1937, 6, J. Thor. Surgery.

MAIER H.C. et FISCHER W.
Adénomes ayant pris naissance dans les bronches collatérales et non visibles à la bronchoscopie.
J. Thor. Août 1947.

MEYER A., DELARUE J., PEUTEUIL G. et LIOT F.
Sur un cas de tumeur à cellules myo-épithéliales, localisée à la région juxta-scissurale du poumon gauche.
J. Franç. Méd. Chir. Thor. 1954, 8, n° 3, 310-316.

MOERSEH H.J. et MAC DONALD J.R.
Adénome Bronchique.
J.A.M.A., 4 fév. 1950, 142, n° 5.

PRUVOST P., JACOB P., DELARUE J. et DEPIERRE R.
Sur une forme particulière d'épithéliomas des grosses bronches, les "épistomes" bronchiques.
Presse Médicale, 1941, n° 91, 1140.

SANTY P., GALY P. et DUPREZ A.
"Adénome bronchique" de siège périphérique. Tumeur mixte broncho-pulmonaire.
B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1951, 10, 1 et 2.

SANTY P., GALY P., TOURAINE et PELLET
"Adénomes bronchiques" avec image radiologique d'opacité arrondie péri-hilaire.
Lyon Médical, 1957, 197, 22, 527.

SEGURA
Un cas de cylindrome trachéal : opération, par voie externe; guérison.
Ann. Mal. Oreille Larynx, 1931, 39, 162.

WOMACK N.A. et GRAHAM E.A.
Tumeurs mixtes du poumon : "adénome bronchique ou pulmonaire".
Arch. of Path. juill. 1938, 26, 165-206.

JARNIOU A.P., MOREAU A., BOUSQUET C. et MEMIM
Epistome de type "carcinoïde" et image médiastino-pulmonaire.
Journal Français de Méd. 1956, n° 1, 87-96.

GOOD et HAMINGTON
Asymptomatic bronchial adenoma.
Proc. Staff. Meeting Mayo Clinic., 28, 21, 578-586, 1953.

MEYER et MONOD O.
Adénomes bronchiques à cellules myo-épithéliales et à situation périphérique.
Les bronches, 6, 3, 306, 1956.

Les références récentes sur les adénomes bronchiques en général seront retrouvées dans les articles de Omodei ZORINI; K.MULLEY; E. CARLEUS et T. WIKLUND; J.M. LEMOINE, MATHEY et OUSTRIERE, CONEIHA et ORLANDI; CARALPS et Coll; COLOME; PILHEU et PALERMO pour le Vème Congrès Européen de l'Association Internationale pour l'étude des Bronches.

(in "Les Bronches", 6, n° 2 et 3, mars-avril-mai-juin 1956).

°
° °

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90